

Beata Tobiasz-Adamczyk, Piotr Brzyski

Zakład Socjologii Medycyny, Katedra Epidemiologii i Medycyny Zapobiegawczej Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum w Krakowie

Bilans satysfakcji z pracy zawodowej lekarzy w wieku emerytalnym. Relacja pomiędzy satysfakcją z pracy zawodowej a ogólną jakością życia

*Job satisfaction of physicians in pensionable age.
Relation between job satisfaction and general life satisfaction*

Abstract

Background. Studies on relation between general life satisfaction (as well as job satisfaction as an integrated part of general satisfaction) and quality of life during retirement, rarely have been concentrated on medical professions. The aim of the presented paper was to assess job satisfaction of physician in pensionable age, in relation to their general satisfaction.

Material and methods. Study has been performed using a mail-self-administered questionnaire in group of 162 physicians presented one class of medical graduates.

Results. Multidimensional models of logistic regression showed that in males job satisfaction depended on self-achievements in medical specialization corresponding with personal interest (OR = 6.62), in women stabilization in workplace significantly influenced job satisfaction (OR = 0.04). General life satisfaction increased in males with job satisfaction (OR = 1.99) and fulfillment of life expectations (OR = 23.67), in women fulfillment of life expectations (OR = 5.21) and self-assessment of professional activity (hard job) (OR = 9.70) and self-rated health (OR = 5.26) significantly influenced general life satisfaction.

Conclusions. Gender-related differences in independent predictors of job satisfaction have been observed in physicians at retirement age. General life satisfaction was significantly related to job satisfaction especially in men.

key words: job satisfaction, life satisfaction, physicians in pensionable age

Wstęp

Badania nad zależnością pomiędzy satysfakcją z osiągnięć życiowych [1–4] a poszczególnymi wymiarami zdrowia w podeszłym wieku rzadko koncentrują się na analizowaniu tej relacji w odniesieniu do zawodów medycznych. W badaniach poświęconych satysfakcji lekarzy z osiągnięć zawodowych wskazuje się na znaczenie motywacji, którą

kierują się osoby wykonujące ten zawód, a także na różne jego aspekty przede wszystkim z perspektywy stresu zawodowego. Często dowodzi się, że te same lub podobne czynniki, mimo że z jednej strony wywołują stres zawodowy, z drugiej mogą być źródłem lub przyczyniać się do poczucia satysfakcji zawodowej [5]. Niejednokrotnie wykorzystywano koncepcję stresu zawodowego stworzoną przez Karaska i rozwiniętą przez Siegrista, chcąc wskazać nie tylko jego bezpośrednie skutki zdrowotne, ale również konsekwencje długofalowe [6–8].

Adres do korespondencji:
prof. dr hab. med. Beata Tobiasz-Adamczyk
Zakład Socjologii Medycyny
Katedra Epidemiologii i Medycyny Zapobiegawczej UJ CM
ul. Kopernika 7, 31–034 Kraków
tel.: (012) 423 10 03, (012) 422 31 82

W poszukiwaniu czynników warunkujących adaptację do tak istotnej zmiany, jaką jest zaprzestanie aktywności zawodowej i przejście na emeryturę, stworzono specjalne modele określające czynniki warunkujące postawy i zachowania w okresie emerytury, w których uwzględniano zwykle znaczenie zmiennych indywidualnych i środowiskowych. Do tych ostatnich zwykle zalicza się uwarunkowania zawodowe (np. charakterystykę pracy) i pozazawodowe (np. aktywność w czasie wolnym) [9, 10]. Wśród czynników warunkujących jakość życia w okresie emerytury Taylor wymienia zmienne indywidualne, takie jak stan zdrowia oraz sytuacja ekonomiczna; zmienne psychologiczne obejmujące postawy wobec emerytury, ocenę własnej skuteczności oraz oczekiwania dotyczące społecznych aspektów starszego wieku; wśród zmiennych charakteryzujących stosunek do pracy i instytucji wskazuje na znaczenie satysfakcji z pracy i dostępności do zinstytucjonalizowanych środków, zapewniających osobom starszym realizację wszystkich potrzeb, a także rodzaj interakcji w okresie emerytalnym [10].

Rzadko podejmowanym tematem jest poszukiwanie relacji między ogólną satysfakcją zawodową lekarzy u progu wieku starszego a różnymi wymiarami jakości życia (np. pozytywnym samopoczuciem psychicznym, kondycją fizyczną i potencjałem aktywności społecznej po osiągnięciu wieku uprawniającego do emerytury). Może to wynikać z faktu, że zawód lekarza jest postrzegany jako możliwy do kontynuacji bez względu na wiek i formalne przepisy o zatrudnieniu. Dotychczasowe badania wykazują, że rezygnacja z praktyki lekarskiej po osiągnięciu wieku emerytalnego, na przykład przez chirurgów-ortopedów często okazuje się wydarzeniem stresującym dla tych lekarzy i wymaga procesu przystosowania się do nowych form aktywności życiowej [11].

W badaniach nad relacją pomiędzy satysfakcją z życia (w której istotną częścią składową jest satysfakcja z pracy zawodowej) a jakością życia w podeszłym wieku pojęcie „satysfakcji” definiuje się jako różnicę między posiadanymi aspiracjami a rzeczywistymi osiągnięciami, przy czym różnicę tę można odnosić do ogólnego pojęcia satysfakcji lub jej wymiarów szczegółowych [12].

Satysfakcja z życia pozostaje w relacji z pozytywnymi emocjami, na przykład poczuciem szczęścia lub określeniem swojego miejsca w środowisku [12, 13].

Na pojęcie satysfakcji życiowej istotnie wpływają koncepcja własnej osoby, akceptacja własnych możliwości i ograniczeń oraz poczucie swojej wartości. Zarówno ogólna satysfakcja z życia, jak i satysfakcja

z tak istotnego jego elementu, jakim jest aktywność zawodowa mogą się okazać istotnymi zasobami psychospołecznymi, znacząco warunkującymi jakość życia w podeszłym wieku, po zaprzestaniu lub ograniczeniu aktywności zawodowej.

Brak badań dotyczących satysfakcji zawodowej lekarzy w kontekście zasobu psychospołecznego warunkującego jakość życia po formalnym osiągnięciu wieku emerytalnego skłonił autorów niniejszej pracy do podjęcia tego tematu. Celem prezentowanej analizy jest próba odpowiedzi na pytanie dotyczące poziomu satysfakcji zawodowej w odniesieniu do ogólnej satysfakcji życiowej lekarzy oraz określenie czynników warunkujących poziom deklarowanej satysfakcji.

Materiał i metody

Grupę badaną stanowili lekarze medycyny, absolwenci jednego rocznika studiów, którzy ukończyli studia w 1957 roku i w chwili badania byli w wieku emerytalnym. Wśród osób z tego rocznika studiów rozesłano drogą pocztową kwestionariusz ankiety, obejmującej pytania o różne aspekty postaw wobec zawodu, wykonywanej pracy i doświadczeń zawodowych, oceny systemu studiowania medycyny i znaczenia uczelni medycznej w przygotowaniu do zawodu, funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej, a także zainteresowań pozazawodowych, samooceny stanu zdrowia i satysfakcji z życia. Odwołano się do powszechnie stosowanych wskaźników badania postaw wobec zawodu, pytając, czy gdyby badani jeszcze raz musieli wybierać rodzaj studiów i zawód, to czy ponownie wybraliby medycynę jako kierunek studiów i zawód lekarza oraz czy polecaliby zawód lekarza swoim bliskim. Proszono także o wskazanie zmian, jakich z perspektywy czasu dokonaliby badani w przebiegu swojej kariery zawodowej.

Na ankietę odpowiedziało 162 lekarzy — około 75% osób żyjących, stanowiących dany rocznik studiów. Dla potrzeb prezentowanej analizy uwzględniono wpływ zmiennych, takich jak: płeć, miejsce pracy, liczba miejsc zatrudnienia, charakter praktyki lekarskiej, ocena stopnia ciężkości wykonywanej pracy i wymaganych nakładów, stopień naukowy, rodzaj posiadanej specjalizacji i jej zgodność z zainteresowaniami z okresu studiów, pasjonowanie się różnymi dziedzinami medycyny w okresie studiów i wpływ tych zainteresowań na przebieg późniejszej kariery zawodowej, samoocena aktualnej kondycji finansowej, samoocena stopnia realizacji marzeń i zamierzeń życiowych — w tym zawodowych oraz samoocena stanu zdrowia.

Analizę statystyczną wyników badań przeprowadzono za pomocą pakietu statystycznego SPSS v.12. W analizie jednowymiarowej wykorzystano test χ^2 , natomiast w ocenie czynników warunkujących satysfakcję lekarzy posłużono się modelami regresji logistycznej.

Wyniki

Charakterystyka aktywności zawodowej lekarzy

Wśród 162 lekarzy, którzy odpowiedzieli na wysłaną ankietę, było równo po 50% respondentów płci żeńskiej i męskiej. Średnia wieku badanych wynosiła 70 lat. Większość badanych lekarzy (68,5%) pracowała w dużych miastach, a 27,5% w mniejszych miastach (do 50 tysięcy mieszkańców), tylko 3,8% lekarzy było zawodowo związanych ze środowiskiem wiejskim. Zdecydowana większość lekarzy (78,7%) przyznawała, że podczas kariery zawodowej była zatrudniona w różnego typu placówkach lecznictwa zamkniętego, równocześnie 66,2% wskazywało na pracę w lecznictwie otwartym, pewien odsetek osób (28,9%) był związany z placówkami takimi jak przychodnia medycyny szkolnej lub medycyny przemysłowej bądź lecznictwem sanatoryjnym (6,7%) i stacjami sanitarno-epidemiologicznymi (4,3%). Praktykowanie w prywatnym gabinecie lekarskim potwierdziło 23,3% badanych. Na 1 etacie pracowało 34,2%, na 1,5 etatu ponad połowa badanych (55,3%), a 10,5% respondentów pracowało zwykle na 2 lub więcej etatach. Z analizy dynamiki zatrudnienia badanych wynika, że tylko 26,8% lekarzy związanych było przez cały czas aktywności zawodowej z jednym miejscem pracy, raz zmieniło miejsce zatrudnienia 19,5% lekarzy, większość (53,7%) dokonała tej zmiany 2 razy lub częściej. Większość lekarzy (65,8%) legitymowała się 1 specjalizacją, 29,2% posiadało 2 lub więcej specjalizacji, tylko 5% badanych nie miało żadnej specjalizacji. Badani lekarze różnili się pod względem osiągnięcia poszczególnych szczebli kariery naukowej: 15,4% posiadało stopień doktora nauk medycznych, 3% badanych było profesorami nauk medycznych, jednak zdecydowana większość (82,6%) miała tylko dyplom lekarza medycyny. Funkcje kierownicze podczas aktywności zawodowej pełniło 82,2% badanych. Zdecydowana większość lekarzy (72%) oceniała swoją pracę zawodową jako ciężką lub bardzo ciężką (22%). Mimo osiągnięcia wieku emerytalnego na pełnym etacie nadal pracowało 10,1% lekarzy, 48,4% było zatrudnionych w niepełnym wymiarze godzin, natomiast aktywność zawodową zakończyło 41,5% lekarzy.

Swoją sytuację finansową większość lekarzy (60,7%) uznała za zadowolającą, za dobrą — 25,2% badanych, a 14,1% lekarzy określiło ją jako złą.

Samoocena stanu zdrowia

Oceniając swój stan zdrowia, tylko 2,5% badanych uznało go za bardzo dobry, 34,4% za dobry, najczęściej określano swoje zdrowie jako średnie (45,3%), a 17,8% badanych stwierdziło, że ich stan zdrowia jest zły.

Poziom satysfakcji życiowej

Ogólną satysfakcję z życia potwierdziło 34,6% badanych, 48,1% lekarzy uznało się za osoby raczej zadowolone z życia, 13,3% przyznało, że trudno im jednoznacznie odpowiedzieć na to pytanie. Tylko pewna część lekarzy (37,3%) stwierdziła, że osiągnęła w życiu to co zamierzała, i tyle samo badanych stwierdziło, że planowane zamierzenia nie powiodły się, natomiast 23,2% miało trudności z dokonaniem takiej oceny.

Satysfakcja z pracy zawodowej

Większość lekarzy (65,2%) potwierdziła, że odczuwa zdecydowaną satysfakcję zawodową, raczej zadowolonych z osiągnięć w pracy zawodowej okazało się 29,3% badanych, tylko 2,4% udzieliło odpowiedzi negatywnej, a 3,0% nie umiało odpowiedzieć na to pytanie.

Całkowite spełnienie w swoim zawodzie zadeklarowało 56,7% badanych, za częściowo spełnionych w zawodzie lekarza uznało się 34,8% respondentów, tylko nieznaczny odsetek (4,3%) nie miał tego odczucia. Studia medyczne wybrałyby ponownie zdecydowanie większość badanych (66,5%), 18,3% lekarzy uznało, że raczej zdecydowałoby się ponownie na ten sam wybór, 5,5% nie powtórzyłoby tego wyboru, a 9,8% respondentów nie umiało jednoznacznie odpowiedzieć na to pytanie. Tę samą dyscyplinę w medycynie ponownie wybrałoby zdecydowanie 55,2% lekarzy, odpowiedzi „raczej tak” udzieliło 26,4% osób, 9,6% nie dokonałoby ponownie tego samego wyboru, 8,6% miało trudności z odpowiedzią na to pytanie.

Skala satysfakcji zawodowej

W analizie czynnikowej potwierdzono, że pytania dotyczące różnych aspektów satysfakcji zawodowej są wskaźnikami jednego ukrytego konstruktów (tab. 1) — otrzymana w analizie główna składowa korelowała z tymi zmiennymi na poziomie wyższym niż 0,6, a wszystkie zmienne użyte w analizie korelowały z sumarycznym wynikiem skali na poziomie wyższym niż 0,4, spełniając warunek Kline'a. Rzetelność skali satysfakcji zawodowej, utworzonej z tych zmien-

Tabela 1. Analiza głównych składowych oraz analiza rzetelności dla zmiennych tworzących skalę satysfakcji zawodowej lekarzy**Table 1.** Principal component analysis and reliability analysis of items included in physicians job satisfaction scale

	Składowa		Korelacja z wynikiem skali	Alpha po usunięciu pytania ze skali
	1	2		
Ma pełną satysfakcję z wykonywanego zawodu	0,89	-0,18	0,74	0,65
Jeszcze raz wybrałby tę samą dyscyplinę/specjalizację	0,66	0,71	0,46	0,79
Ponownie wybrałby medycynę jako zawód	0,76	0,09	0,57	0,71
Czuje się spełniony w zawodzie	0,82	-0,44	0,59	0,71

nych, mierzona za pomocą współczynnika alfa Cronbacha, wynosiła 0,77, i nieznacznie wzrastała po usunięciu ze skali pytania dotyczącego ponownego wyboru tej samej dyscypliny/specjalizacji. Jest to spowodowane tym, że w grupie kobiet zmienna ta słabiej niż wśród mężczyzn korelowała z grupą pozostałych zmiennych tworzących skalę (tab. 1).

Czynniki warunkujące satysfakcję zawodową lekarzy

Z analizy jednowymiarowej wynika, że większą satysfakcję z pracy odczuwają lekarze pracujący w mniejszych miejscowościach, którzy nie zmieniali nigdy swojego miejsca zatrudnienia, niepełniący nigdy funkcji kierowniczych, zdecydowanie preferujący tę dyscyplinę w medycynie, z którą sami byli związani zawodowo i którą wybraliby ponownie, gdyby jeszcze raz mieli dokonać takiego wyboru; osoby zadowolone z wyboru zawodu (ponownie wybrałyby ten sam zawód), respondenci czujący się spełnionymi w swoim zawodzie, mający już w okresie studiów określony wzór zawodowy do naśladowania, wyrażający przekonanie, że osiągnęli w życiu to, o czym marzyli i co zamierzali, oraz potwierdzający ogólne zadowolenie z życia.

Modele wielowymiarowe wskazujące na czynniki warunkujące zdecydowaną satysfakcję z wykonywanego zawodu wskazują na odmienne predyktory, odgrywające istotną rolę u badanych mężczyzn i kobiet. W przypadku mężczyzn satysfakcja zawodowa wzrastała wraz z wiekiem, wiązała się z wyborem specjalizacji wynikającej z zainteresowań w czasie studiów, natomiast spadała w przypadku zatrudnienia w samodzielnym publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej (ZOZ). Dodanie do tego modelu ogólnej satysfakcji z życia powodowało, że zmienna ta okazywała się istotną statystycznie,

podczas gdy miejsce zatrudnienia traciło swoją istotność, sugerując, że miejsce zatrudnienia warunkowało także ogólną satysfakcję z życia. Wśród kobiet szansa osiągnięcia satysfakcji zawodowej zmniejszała się wraz ze zmianami pracy, była mniejsza u osób zatrudnionych w Sanepidzie, natomiast wzrastała u kobiet naśladowujących w pracy zawodowej wzory wyniesione z uczelni. Po włączeniu do modelu ogólnej satysfakcji z życia można było zaobserwować analogiczny efekt związany z miejscem zatrudnienia, jak to miało miejsce w przypadku mężczyzn (tab. 2).

Czynniki, które decydowały o ponownym wyborze tej samej specjalizacji, okazały się u mężczyzn pełna satysfakcja z wykonywanego zawodu oraz fakt, że wybrana wcześniej specjalizacja była zgodna z zainteresowaniami, które zrodziły się podczas studiów. Wśród kobiet lekarek częstość odpowiedzi na hipotetyczne pytanie o ponowny wybór tej samej specjalizacji istotnie zmniejszała się wraz ze stwierdzeniem, że na własny wybór specjalizacji wpłynęła rejestracja związana z przynależnym miejscem pracy, natomiast przekonanie o ponownym wyborze zwiększało się, podobnie jak u mężczyzn, wraz z odczuwaną pełną satysfakcją zawodową i deklaracją ponownego wyboru medycyny jako zawodu (tab. 3). Pozytywne odpowiedzi o hipotetyczną decyzję o ponownym wyborze medycyny wzrastały u mężczyzn wraz z wiekiem, potwierdzeniem, że już podczas studiów badani pasjonowali się wiedzą medyczną oraz z ogólnym wysokim zadowoleniem z życia; obniżały się wraz z miejscem pracy na terenie województwa małopolskiego oraz częstą zmianą miejsca pracy. Wśród kobiet szansa podjęcia tej decyzji istotnie wzrastała wraz z potwierdzeniem wyboru jeszcze raz tej samej specjalizacji (tab. 4).

Tabela 2. Czynniki warunkujące pełną satysfakcję z wykonywanego zawodu
Table 2. Factors determining job satisfaction

Model 1	Mężczyźni			Kobiety		
	OR	95% CI		OR	95% CI	
Wiek	2,18	1,23	3,89	1,00	0,80	1,25
Miejsce pracy: duże miasto	1,38	0,30	6,31	0,10	0,01	1,17
Województwo pracy: małopolskie	0,22	0,04	1,23	0,59	0,13	2,65
Zmiany miejsca pracy	0,29	0,06	1,44	0,04	0,00	0,85
Pracował w samodzielnym publicznym ZOZ-ie	0,11	0,02	0,65	0,61	0,14	2,75
Pracował w Sanepidzie	0,86	0,03	22,35	0,06	0,00	0,88
Pracował w innym miejscu	0,49	0,11	2,23	0,33	0,08	1,41
Naśladował kogoś z wykładawców w życiu zawodowym	1,26	0,21	7,63	7,28	1,60	33,09
Został dobrze przygotowany przez uczelnię do zawodu lekarza	1,79	0,25	12,97	4,50	0,76	26,79
Podczas studiów pasjonował się wiedzą medyczną	1,00	0,14	7,35	8,17	0,63	105,3
Specjalizacja zgodna z zainteresowaniami z czasów studiów	6,62	1,21	36,22	2,33	0,59	9,23

OR (*odds ratio*) — iloraz szans; CI (*confidence interval*) — przedział ufności

Tabela 3. Czynniki warunkujące ponowny wybór tej samej dyscypliny/specjalizacji
Table 3. Factors determining choice of the same medical specialization

	Mężczyźni			Kobiety		
	OR	95% CI		OR	95% CI	
Wiek	1,05	0,77	1,43	1,24	0,90	1,70
Uzyskanie rejestracji na terenie pracy miało wpływ na wybór specjalizacji	0,89	0,21	3,72	0,08	0,01	0,55
Został dobrze przygotowany przez uczelnię do zawodu lekarza	2,54	0,50	12,83	0,59	0,09	3,75
Przestał konsultować diagnozy i przebieg leczenia po 2 latach praktyki	1,10	0,11	10,81	0,24	0,04	1,32
Ma pełną satysfakcję z wykonywanego zawodu	6,75	1,31	34,70	10,76	1,98	58,45
Ponownie wybrałby medycynę jako zawód	1,91	0,39	9,43	8,71	1,51	50,34
Specjalizacja zgodna z zainteresowaniami z czasów studiów	17,37	2,86	105,5	1,71	0,38	7,76

Poczucie spełnienia w zawodzie zwiększało się u mężczyzn wraz wiekiem i ogólnym wysokim zadowoleniem z życia, podobnie u kobiet wzrastało wraz z wysoką ogólną satysfakcją z życia (tab. 5).

Predyktory ogólnej satysfakcji z życia

Ogólna satysfakcja z życia u mężczyzn lekarzy zależała od satysfakcji zawodowej i poczucia, że osiągnięto się w życiu to, o czym się marzyło; wśród badanych

kobiet wzrastała wraz z oceną własnej pracy jako ciężkiej, dobrą subiektywną oceną własnego zdrowia oraz, podobnie jak u mężczyzn, z poczuciem zrealizowania w życiu własnych marzeń i zamierzeń (tab. 6).

Wnioski

Dotychczasowe modele dotyczące określenia złożonych, często wielowymiarowych uwarunkowań jakości życia w podeszłym wieku, po zaprzestaniu ak-

Tabela 4. Czynniki warunkujące ponowny wybór medycyny jako zawodu
Table 4. Factors determining choice of the medicine as profession

	Mężczyźni			Kobiety		
	OR	95% CI		OR	95% CI	
Wiek	4,13	1,69	10,10	0,97	0,70	1,33
Województwo pracy: małopolskie	0,02	0,00	0,26	0,17	0,03	1,21
Liczba zmian miejsca pracy: 3 lub więcej	0,04	0,00	0,50	0,20	0,04	1,16
Pracował w szpitalu powiatowym lub miejskim	2,69	0,36	20,37	4,01	0,73	22,01
Kariera naukowa	8,68	0,38	200,4	16,36	0,48	563,2
Z perspektywy dobrze czasu ocenia swoich asystentów	1,86	0,13	26,58	3,70	0,60	23,02
Podczas studiów pasjonował się wiedzą medyczną	16,72	1,33	210,4	1,05	0,12	8,95
Ogólne zadowolenie z życia: wysokie	35,37	2,33	537,6	7,71	0,75	79,32
Jeszcze raz wybrałby tę samą dyscyplinę/specjalizację	5,96	0,72	49,55	39,98	5,53	288,9

Tabela 5. Czynniki warunkujące poczucie spełnienia w zawodzie
Table 5. Factors determining fulfilment in medical profession

	Mężczyźni			Kobiety		
	OR	95% CI		OR	95% CI	
Wiek	1,41	1,04	1,90	1,26	0,95	1,68
Pracował w szpitalu wojewódzkim	2,57	0,61	10,77	2,34	0,44	12,38
Kariera naukowa	1,50	0,31	7,37	2,40	0,34	16,78
Dobra kondycja finansowa	2,57	0,58	11,45	0,51	0,11	2,40
Ogólne zadowolenie z życia: wysokie	5,96	1,37	25,96	5,30	1,29	21,86
Osiągnął więcej niż marzył	2,95	0,75	11,61	2,56	0,69	9,55

Tabela 6. Czynniki warunkujące ogólne zadowolenie z życia
Table 6. Factors determining general life satisfaction

	Mężczyźni			Kobiety		
	OR	95% CI		OR	95% CI	
Wiek	1,01	0,75	1,35	0,92	0,63	1,34
Kariera naukowa	1,50	0,18	12,34	0,50	0,05	5,41
Pełnił funkcję dyrektora ZOZ, szpitala, zakładu	1,87	0,36	9,72	1,35	0,10	19,14
Skala satysfakcji zawodowej	1,99	1,18	3,35	0,92	0,68	1,24
Dobra kondycja finansowa	2,27	0,40	12,91	4,02	0,79	20,35
Ocena pracy lekarza jako ciężkiej	6,09	0,73	50,57	9,70	1,64	57,41
Subiektywna ocena zdrowia: dobra	2,73	0,58	12,76	5,26	1,07	25,88
Osiągnął więcej niż marzył	23,67	4,07	137,7	5,21	1,01	26,83

tywności zawodowej, wskazują na istotne znaczenie wcześniej wykonywanego zawodu i charakterystyki pracy. Satysfakcja z pracy zawodowej znajduje również szczególne miejsce wśród uwarunkowań znacząco wpływających na ogólną satysfakcję życiową.

Warto podkreślić również fakt, że w wypadku lekarzy formalny wiek osiągnięcia uprawnień do emerytury nie oznacza końca aktywności zawodowej, a specyfika zawodu powoduje, że może on być nadal kontynuowany w różnych formach. Taką postawą

kontynuacji zawodu mimo wieku emerytalnego charakteryzowało się blisko 60% badanych lekarzy. Przedstawione wyniki wskazują, że badani lekarze z perspektywy całego okresu aktywności zawodowej potwierdzają wysoki stopień satysfakcji z wykonywanego zawodu, poczucia spełnienia się w zawodzie, choć nie wszystkim udało się zrealizować to, co planowali. Należy pamiętać, że ta generacja lekarzy pracowała czasami w bardzo trudnych, jak niektórzy z badanych stwierdzili, wręcz w „pionierskich” warunkach, nie mieli u progu swojej kariery możliwości wyjazdów za granicę w celach zarówno szkoleniowych, jak i zawodowych, co podkreślali również w swoich komentarzach towarzyszących ankiecie. Badani lekarze wskazywali, że gdyby mogli jeszcze raz przeżyć okres swojej aktywności zawodowej, to większe znaczenie przypisywaliby rozwojowi naukowemu, więcej czasu poświęcaliby na doskonalenie zawodowe, starali się o pracę w ośrodkach klinicznych. Predyktory ogólnej satysfakcji zawodowej różniły się istotnie w zależności od płci. Podobnie odnotowano

również odmienności pomiędzy mężczyznami a kobietami w innych analizowanych wskaźnikach satysfakcji zawodowej.

Wśród predyktorów satysfakcji zawodowej u mężczyzn istotne znaczenie miały te, które podnosiły poziom satysfakcji, wśród kobiet statystycznie znamienne okazały się również te, które obniżały poziom satysfakcji zawodowej.

Na podkreślenie zasługuje fakt, że ocena sytuacji materialnej w żadnym przypadku nie była istotnym predyktorem zarówno satysfakcji zawodowej, jak i ogólnej satysfakcji życiowej badanych lekarzy medycyny, mimo że większość oceniała swoją sytuację finansową jako średnią.

Przeprowadzone badania potwierdzają dotychczasowe koncepcje teoretyczne, że praca wybrana zgodnie z zainteresowaniami (w tym wypadku na podstawie posiadanej specjalizacji) ukształtowanymi w procesie socjalizacji do zawodu sprzyja satysfakcji zawodowej a tym samym ogólnej satysfakcji z życia z perspektywy osiągnięć życiowych.

Streszczenie

Wstęp. Studia nad zależnością między satysfakcją z osiągnięć życiowych (w tym zawodowych) a jakością życia w wieku emerytalnym rzadko obejmują swoim zakresem zawody medyczne. Celem pracy jest określenie czynników warunkujących satysfakcję zawodową lekarzy w wieku emerytalnym w odniesieniu do ogólnej sytuacji życiowej.

Materiał i metody. W grupie 162 lekarzy z jednego rocznika studiów przeprowadzono badanie za pomocą ankiety pocztowej.

Wyniki. Na satysfakcję zawodową lekarzy wpływały u mężczyzn możliwości samorealizacji zawodowej w specjalizacji wybranej jeszcze w czasie studiów ($OR = 6,62$) oraz stabilność miejsca pracy u kobiet ($OR = 0,04$). Na ogólną satysfakcję z życia mężczyzn wpływały ogólna satysfakcja zawodowa ($OR = 1,99$) i poczucie spełnienia życiowych marzeń ($OR = 23,67$). W wypadku kobiet satysfakcję z życia warunkowały samoocena zdrowia ($OR = 5,26$), poczucie realizacji życiowych marzeń ($OR = 5,21$) oraz ocena pracy lekarza jako ciężkiej ($OR = 9,70$).

Wnioski. Predyktory satysfakcji zawodowej lekarzy w wieku emerytalnym były różne w zależności od płci. Szczególnie wśród mężczyzn ogólna satysfakcja z życia zależała od stopnia satysfakcji zawodowej.

słowa kluczowe: satysfakcja zawodowa, satysfakcja życiowa, lekarze w wieku emerytalnym

PIŚMIENNICTWO

- Reitzes D.C., Mutran E., Pope H.: *Location and well-being among retired men*. J. Gerontol. B. Psychol. Sci. Soc. Sci. 1991; 46: 195–203.
- Szinovacz M., Washo C.: *Gender differences in exposure to life events and adaptation to retirement*. J. Gerontol. B. Psychol. Sci. Soc. Sci. 1992; 47: 191–196.
- Floyd F.J., Haynes S.N., Doll E.R. i wsp.: *Assessing retirement satisfaction and perceptions of retirement experiences*. American Psychological Association Inc. 1992; 7: 609–621.
- Liu L.: *Retirement income security in the United Kingdom*. Soc. Secur. Bull. 1999; 62: 23–46.
- Tobiasz-Adamczyk B.: *Relacje lekarz–pacjent w perspektywie socjologii medycyny*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2002.
- Karasek R.A.: *Job demands, job decision latitude and mental strain: implications for job redesign*. Adm Sci Q. 1979; 24: 285–308.
- Siegrist J., Siegrist K., Weber I.: *Sociological concepts in the etiology of chronic disease: the case of ischemic heart disease*. Soc. Sci. Med. 1986; 22: 247–253.
- Tobiasz-Adamczyk B., Brzyski P.: *Psychosocial work conditions as predictors of quality of life at the beginning of older age*. International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health 2005; 18: 43–52.
- Beehr T.A.: *The process of retirement: a review and recommendation for future investigation*. Personnel Psychol. 1986; 39: 31–55.
- Taylor M.A., Shore L.M.: *Predictors of planned retirement age: an application of Beehr's model*. American Psychological Association, Inc. 1995; 10: 76–83.
- Ritter M.A., Austrom M.G., Zhou H., Hendrie H.C.: *Retirement from Orthopaedic Surgery*. Journal of Bone and Joint Surgery 1999; 81: 414–418.
- Bowling A.: *Measuring health*. Open University Press, Buckingham, Philadelphia 1997.
- Campbell A.: *The sense of well-being in America*. New York: Mc Graw-Hill 1981.